

Please Print

PATIENT INFORMATION

Please Answer ALL questions

NEW PT.

UPDATE Pt. Acct. # _____

Provider you are seeing today: _____

Bill to Acct. # _____

PATIENT Marital Status M D S W Sep

SPOUSE/PARENTS (If Pt. is minor) Mr. Mrs. Ms.

NAME: _____
(Last) (First) (MI)

NAME: _____
(Last) (First) (MI)

Sex M F Date of Birth ____/____/____

Sex M F Date of Birth ____/____/____

SS# _____

SS# _____

Responsible party: Self Spouse Parent(s)

Relationship to Pt.: _____

Address: _____

Address: _____

(City) (State) (Zip)

(City) (State) (Zip)

Home Phone: ()

Home Phone: ()

Employer Name: _____

Employer Name: _____

Address: _____

Address: _____

(City) (State) (Zip)

(City) (State) (Zip)

Work Phone: ()

Work Phone: ()

Drivers License # _____

Drivers License # _____

PLEASE GIVE THE RECEPTIONIST YOUR INSURANCE CARD(S) SO WE CAN MAKE A COPY

PRIMARY INSURANCE

Ins. Company _____

Claims Mailing Address: _____

(City) (State) (Zip)

Phone: ()

Insured's Name _____

Sex M F Date of Birth ____/____/____

Group/Employer Name: _____

Group/Policy # _____

ID/SS# _____

Effective Date: _____ Co-pay \$ _____

SECONDARY INSURANCE

Ins. Company _____

Claims Mailing Address: _____

(City) (State) (Zip)

Phone: ()

Insured's Name _____

Sex M F Date of Birth ____/____/____

Group/Employer Name: _____

Group/Policy # _____

ID/SS# _____

Effective Date: _____ Co-pay \$ _____

Person to contact in an emergency: _____ Phone: ()

Relationship: _____ How did you hear about us? _____

Referred by: _____ Phone: ()

Living Will? Yes No Durable Medical Power of Attorney? Yes No

ASSIGNMENT & RELEASE:

I hereby assign my insurance benefits to be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any non-covered services. I also authorize the provider to release any information required to process this claim. I authorize this office to RELEASE all MEDICAL INFORMATION NECESSARY to any hospital, specialist's office and any insurance company acting on my behalf concerning advice, care, treatment, services, including drug, alcohol or mental and nervous treatment unless specifically excluded by me below, FOR PURPOSES OF MEDICAL TREATMENT, AND EVALUATING AND ADMINISTERING CLAIMS.

SIGNED _____

DATE _____

PRIMARY CARE PROVIDER _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Por favor conteste todas las preguntas)

(Por favor escriba con letra de molde) Paciente Nuevo Cuenta actualizada del paciente No. de cuenta _____
Proveedor que usted está viendo hoy _____ Cobrar a la cuenta No. _____

PACIENTE Estado Civil C D S V Sep
NOMBRE: _____

(Apellido) (Nombre e Inicial del Segundo nombre)

Sexo M F Fecha de nacimiento / /
Mes/Día/Año

Seguro social #: _____

Parte responsable Yo Espos(a) Madre/Padre(s)

Dirección _____

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono del domicilio: () _____

ESPOSO(A)/ PADRES (Si el pte. es menor) Sr. Sra. Srta.
NOMBRE: _____

(Apellido) (Nombre e Inicial del Segundo nombre)

Sexo M F Fecha de nacimiento / /
Mes/Día/Año

Seguro social #: _____ Mes/Día/Año

Relación con el paciente: _____

Dirección _____

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono del domicilio: () _____

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono del trabajo: () _____

Licencia de conducir #: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono del trabajo: () _____

Licencia de conducir #: _____

POR FAVOR ENTREGUE A LA(EL) RECEPCIONISTA SU TARJETA DE SEGURO PARA SACARLE UNA COPIA

SEGURO PRIMARIO	SEGURO SECUNDARIO
Compañía de seguro _____ Dirección de correo para reclamos: _____ _____ (Ciudad) (Estado) (Código postal) Teléfono: () _____	Compañía de seguro _____ Dirección de correo para reclamos: _____ _____ (Ciudad) (Estado) (Código postal) Teléfono: () _____
Nombre del asegurado _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de nacimiento <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> (Mes/Día/Año) Grupo/Nombre del empleador: _____	Nombre del asegurado _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de nacimiento <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> (Mes/Día/Año) Grupo/Nombre del empleador: _____
Grupo/Póliza # _____ Identificación/Número de seguro social: _____ Efectivo en Fecha _____ (Mes/Día/Año) Co-pago \$: _____	Grupo/Póliza # _____ Identificación/Número de seguro social: _____ Efectivo en Fecha _____ (Mes/Día/Año) Co-pago \$: _____

Persona para contactar en caso de una emergencia: _____ Teléfono () _____

Parentesco / relación: _____ ¿Cómo escuchó de nosotros? () _____

Referido por: _____ Teléfono () _____

¿Testamento viviente? Sí No ¿Poder Médico Durable de Abogado? Sí No

ATRIBUTO Y DESCARGO:

Yo, por este medio atribuyo mis beneficios de seguro para ser pagados directamente al doctor. Yo entiendo que soy financieramente responsable por cualquier servicio no cubierto. También autorizo al proveedor para proporcionar cualquier información requerida para procesar este reclamo. Autorizo a esta oficina para PROPORCIONAR toda la INFORMACIÓN MÉDICA NECESARIA a cualquier hospital, oficina de especialista y a cualquier compañía de seguro que actúe a mi favor concerniente a consejos, cuidado, tratamiento, servicios, incluyendo tratamiento mental y para los nervios, para drogas, y alcohol, a no ser que yo lo excluya específicamente abajo, PARA PROPÓSITOS DE TRATAMIENTO MÉDICO, Y EVALUACIÓN & ADMINISTRACIÓN DE RECLAMOS.

FIRMADO _____

FECHA _____

PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO _____